Приложение № 2

Анкета пациента

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | ДА | НЕТ |
| ФИО | |  |  |
| Дата рождения | |  |  |
| Болеете ли Вы сейчас? | |  |  |
| Были ли у Вас контакты с больными инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? | |  |  |
| Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда) | |  |  |
| **Для женщин** | Вы беременны? |  |  |
| планируете забеременеть в ближайшее время? |  |  |
| Кормите ли Вы грудью? |  |  |
| **Последние 14 дней отмечались ли у Вас:** | |  |  |
| • Повышение температуры | |  |  |
| • Боль в горле | |  |  |
| • Потеря обоняния | |  |  |
| • Насморк | |  |  |
| • Потеря вкуса | |  |  |
| • Кашель | |  |  |
| • Затруднение дыхания | |  |  |
| Делали ли Вы прививку от грипна/пневмококка или другие прививки?  Если «да» указать дату | |  |  |
| Были ли у Вас аллергические реакции? Если «ДА» указать причину | |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие | |  |  |

Дата

Подпись